

Al contestar por favor cite: *RAD_S1*



05GIN15 - V8 Página 1 de 1

Bogotá, D.C. Enero 30 de 2025

Doctor (a)

GUSTAVO AXEL VARGAS GALINDO

Director Científico

CARLOS FERNANDO GONZÁLEZ PRADA

Director Administrativo

YANET CRISTINA GIL ZAPATA

Directora Financiera

NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO

Directora Atención al Usuario

EDGAR HUMBERTO RODRÍGUEZ BENAVIDES

Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

Líder Proyecto Control Interno Disciplinario

LEONARDO DUARTE DIAZ

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

E. S. D.

**REFERENCIA: INFORME FINAL AUDITORIA EVALUACIÓN GESTIÓN
POR DEPENDENCIAS 2024**

Cordial saludo,

Se adjunta el informe final de la Auditoría de Auditoria Evaluación Gestión Por Dependencias 2024. Por lo anterior, dentro de los cinco (5) días hábiles se elabore Plan de Mejoramiento pertinente a las recomendaciones el cual deberá ser elaborado según lo establecido en el Procedimiento identificado con Código 02AC01-V1, Actividad 21 y al instructivo "Lineamientos Oportunidades de Mejora", Código 06GIC03-V2

Anexo; Veintitrés (23) folios.

Cordialmente

YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA

Jefe Oficina Asesora de control Interno

c.c. Jorge Andrés López Quintero - Gerente



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA
SAMARITANA**

INFORME DE AUDITORÍA EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIAS 2024

Bogotá D.C, ENERO 2025

Contenido

1. Aspectos Generales	3
1.1 Objetivos	3
1.1.1 Objetivo General.....	3
1.1.2 Objetivos Específicos	3
1.2 Alcance de la auditoria.....	3
1.3 Metodología	3
1.4 Base legal	3
1.5 Objetivos estratégicos asociados a la auditoria	5
1.6 Políticas asociadas a la auditoria.....	6
1.7 Riesgos identificados por los procesos	6
1.8 Indicadores del proceso auditado	7
1.9 Estándares de acreditación asociados a la auditoria	7
1.9.1. Estándar 144. Código: (GI3).....	7
1.10 Componentes y elementos del MECI.....	7
1.11 Encuesta Pre Saberes "Evaluación por dependencias 2024"	8
1.11.1 Tabulación de las respuestas	8
¿Qué papel juega la Oficina de Control Interno en este proceso?	8
1.11.2 Respuestas a preguntas formuladas en la encuesta.....	9
2. Resultados	10
2.1. Dirección Científica – Gustavo Axel Vargas.....	14
2.2. Oficina Asesora Jurídica – Edgar Humberto Rodriguez.....	14
2.3. Hospital Regional de Zipaquirá - Gustavo Axel Vargas	14
2.4. Oficina Asesora de Planeación y Garantía de Calidad – Leonardo Duarte Díaz	15
2.5. Dirección Administrativa – Carlos Fernando Gonzalez.....	15
2.6. Dirección Financiera – Yanet Gil Zapata.....	15
2.7. Unidad Funcional de Zipaquirá – Ana Carolina Serna	15
2.8. Atención al Usuario- Nubia Guerrero Preciado	16
3. Evaluación de Respuestas Entregadas del PRE-INFORME	16
4. Recomendaciones	17
4.1 Recomendaciones Vigencia 2025.....	17
4.2 Recomendaciones Vigencias anteriores.....	19

1. Aspectos Generales

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo General

La Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias tiene por objeto dar a conocer a los evaluadores el resultado de la Evaluación de Gestión por Áreas del año 2024, para que se tenga como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente periodo de carrera administrativa de los funcionarios públicos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

1.1.2 Objetivos Específicos

1. Implementar la evaluación 360 grados para permitir que cada área o dependencia se autoevalúe y también reciba retroalimentación de otras dependencias, promoviendo un enfoque integral para identificar fortalezas y áreas de mejora en el desempeño institucional.
2. Utilizar los resultados de la evaluación de gestión para la concertación de compromisos individuales y colectivos, asegurando que estén alineados con los objetivos institucionales y contribuyan al mejoramiento continuo en la gestión pública y en la carrera administrativa de los funcionarios de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

1.2 Alcance de la auditoria

Tienen como propósito dar alcance al artículo No. 39 de la ley 909 de 2004, la circular 04 de 2005 del Consejo Asesor en materia de Control Interno al acuerdo No. CNSC-2018000006176 del 10-10-18 de la CNSC.

Este alcance se debe constituir en fuente de información para la fijación y/o concertación de compromisos de cada uno de los funcionarios públicos de carrera administrativa de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

1.3 Metodología

Se llevará a cabo una reunión de evaluación 360 grados, en la que las diferentes áreas conformadas por los integrantes del comité Directivo de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana evaluarán el desempeño de su compañeros de comité. Este ejercicio promoverá la transparencia, el reconocimiento de fortalezas, y la identificación de oportunidades de mejora desde una perspectiva integral, fortaleciendo el trabajo colaborativo y alineando los esfuerzos hacia los objetivos institucionales.

1.4 Base legal

- Ley 909 de 200, Artículo 39
- Decreto 1083 de 2015
- Decreto 648 del 19 de abril de 2017 "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015



- ACUERDO No. CNSC -6176 del 10 de octubre 2018
- Circular 004 de 2005 del Consejo Asesor en materia de Control Interno
- Acuerdo No. CNSC – 20181000006176 del 10-10-2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil
- Ley 1952 de 2019
- Resolución 356 de 2022
- Ley 1474 de 2011
- 612 de 2018

En cumplimiento del acuerdo son actores el proceso del EDL:

El Jefe de la oficina de planeación o quien haga sus veces – Segunda Línea de Defensa, quien tiene la obligación de publicar a más tardar del 31 de enero de cada año, los avances logrados por las áreas o dependencias en la ejecución de sus metas de la vigencia anterior conforme lo determina la ley, de manera oportuna. **Ley 1952 de 2019**, específicamente en el numeral 37 del artículo 38. Esta normativa tiene como objetivo garantizar la transparencia y el acceso a la información para el control social.

Según la Ley 1474 de 2011, todas las entidades del Estado deben publicar su Plan de Acción para el año siguiente a más tardar el 31 de enero de cada año. Esto incluye los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión. Así las cosas se recomienda que se publique la calificación del POA de la vigencia 2024 antes del 31 de enero de 2025, con el fin de que esta sirva para la planeación oportuna de las actividades de la vigencia y de insumo para la evaluación por dependencias y calificación de los funcionarios de carrera administrativa. Toda vez que en vigencias anteriores no se ha contado con esta información de manera oportuna.

Además, el seguimiento al POA debe realizarse oportunamente y estar acompañado del informe de gestión del año anterior, como lo establece el Decreto 612 de 2018

El Sub Director de Desarrollo humano y/o el Sub Director de personal, quienes deberán entregar los resultados de la evaluación de los acuerdos de gestión de conformidad con la metodología adoptada por la entidad de conformidad con el decreto 1083 de 2015, **artículo 2.2.13.1.12**

El **Decreto 612 de 2018** regula la preparación, presentación y publicación de informes de gestión. Este decreto menciona que el seguimiento a los acuerdos de gestión debe realizarse oportunamente y estar acompañado de un informe de gestión del año anterior. De esta manera, garantiza que la información esté disponible antes del 31 de enero. Así las cosas se recomienda que se publique la calificación de los acuerdos de gestión de la vigencia 2024 antes del 31 de enero de 2025, con el fin de que esta sirva para la planeación oportuna de las actividades de la vigencia y de insumo para la evaluación por dependencias y calificación de los funcionarios de carrera administrativa. Toda vez que en vigencias anteriores no se ha contado con esta información de manera oportuna.





El jefe de la oficina de Control Interno o quien haga sus veces, Tercer Línea de Defensa, tiene la obligación de dar a conocer a los evaluadores el resultado de la evaluación por áreas o dependencias del año inmediatamente anterior, para que se tenga como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente periodo de evaluación.

1.5 Objetivos estratégicos asociados a la auditoría

Según el Acuerdo No. 027 de 2022 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, "Por medio del cual se aprueba la Nueva Plataforma Estratégica 2021-2024, el Mapa de Procesos y el modelo de atención de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana" y se dictan ocho (8) objetivos estratégicos para la entidad. Los cuales son:

Objetivo Estratégico No. 1 "Lograr el desarrollo sostenible de la institución, generando impacto en cada uno de los grupos de interés"

Objetivo Estratégico No. 2 "Lograr el crecimiento y desarrollo de la institución por medio de la sostenibilidad financiera a través de una gestión eficiente de los recursos que permitan la prestación de los servicios en condiciones de calidad y competitividad"

Objetivo Estratégico No. 3 "Fortalecer la integridad y efectividad en la prestación de los servicios de alta complejidad a través de la articulación de las redes integradas de atención que incremente los niveles de satisfacción y experiencia del servicio, generando valor para el usuario y la familia"

Objetivo Estratégico No. 4 "Fortalecer el desempeño de la gestión clínica en respuesta a las necesidades de la población, haciendo énfasis en los grupos vulnerables"

Objetivo Estratégico No. 5 "Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales que redunden en la gestión clínica y administrativa a través de un sistema de gestión integral de calidad para mejorar la prestación de los servicios"

Objetivo Estratégico No. 6 "Incrementar la generación de conocimiento e innovación a través de un modelo integral de Docencia e Investigación, que mediante el apoyo de las universidades generemos un mayor impacto social en el fortalecimiento como Hospital Universitario"

Objetivo Estratégico No. 7 "Consolidar las competencias del talento humano tendiente a fortalecer el crecimiento personal y laboral que propenda por el desarrollo y las satisfacción de los colaboradores en el cumplimiento de los propósitos organizacionales"

Objetivo Estratégico No. 8 "Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de los servicios humanizados y seguros"

No obstante, pese a la importancia de estos objetivos, en el sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, no se evidencian mediciones de avance o cumplimiento para la vigencia 2024. Esta



misma ausencia de medición en el sistema ALMERA se observa en el Plan Operativo Anual (POA) 2023, esta herramienta es clave para la evaluación por dependencias.

Para la fijación de los acuerdos de gestión y compromisos laborales y comportamentales se deberán tener en cuenta los nuevos objetivos estratégicos según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, "Por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2024-2028 y el Plan Operativo Anual Armonizado de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA", se establece en su Artículo Primero la aprobación de nueve (9) objetivos estratégicos alineados a cinco (5) perspectivas: Social, Cliente, Financiera, Procesos Internos, y Crecimiento y Aprendizaje. Estos objetivos han sido priorizados mediante la asignación de un peso porcentual a cada uno. Además, en el Artículo Cuarto, se dispone que el presente acuerdo rija a partir de su fecha de expedición, el 20 de diciembre de 2024.

Por lo anterior se recomienda, incluir los indicadores de los nuevos objetivos estratégicos en el sistema de información Almera, actualizar las caracterizaciones de los procesos de la entidad y demás documentos relacionados con los nuevos objetivos estratégicos esto con el fin de garantizar el correcto funcionamiento del MECI y MIPG en los componentes y dimensiones relacionados.

La evaluación por dependencias de 2024 se orienta a promover y fortalecer el compromiso comportamental del trabajo en equipo, tal como lo establece el Decreto 815 de 2018. Asimismo, busca ser un referente fundamental para la concertación de nuevos compromisos, contribuyendo al logro de los objetivos estratégicos institucionales.

1.6 Políticas asociadas a la auditoria

En la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no se cuenta con políticas específicas asociadas a la Evaluación Gestión Por Dependencias. Sin embargo, dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que consta de 19 políticas, se destaca la **Política de Seguimiento y Evaluación de Desempeño**, enmarcada dentro de la Dimensión de "Evaluación de Resultados", se alinea plenamente con la Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias, ya que ambas comparten el propósito de monitorear y medir el cumplimiento de metas institucionales. Esta política proporciona un marco para que las entidades públicas, como la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, puedan conocer de manera continua los avances en la gestión y evaluar si los resultados obtenidos por cada área o dependencia están en línea con las metas previstas. Al integrar esta política con el proceso de evaluación por áreas, se garantiza que los compromisos establecidos para el siguiente período administrativo estén fundamentados en datos objetivos, promoviendo la eficiencia en el uso de recursos; el cumplimiento de los tiempos planeados y la generación de impactos positivos en los grupos de valor de la institución.

1.7 Riesgos identificados por los procesos

Se procedió a revisar la Matriz de Riesgos 2024 V2 (con ruta de acceso en la Página Web: Transparencia y Acceso a la Información – Planeación Gestión y Control – Planes Programas y Proyectos – Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2024 – Matriz Riesgo 2024 V2), así como

el Mapa de Riesgos SICOF Corrupción OPACIDAD Y FRAUDE 2024 (con ruta de acceso desde la página web: Transparencia y Acceso a la Información – Planeación Gestión y Control – Planes Programas y Proyectos – Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2024 – Mapa de Riesgos SICOF Corrupción OPACIDAD Y FRAUDE 2024), matrices vigentes a la fecha del presente informe de auditoría en las que no se identifican riesgos que puedan afectar la evaluación por dependencias en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

Aunque en la revisión de las matrices vigentes no se identificaron riesgos que puedan afectar la evaluación por dependencias, se recomienda considerar la incorporación de un riesgo relacionado con la falta de disponibilidad oportuna de la información requerida para la evaluación. Esto, en particular, podría incluir retrasos en la entrega de resultados previos, como los acuerdos de gestión y el POA, que son fundamentales para garantizar la calidad y objetividad del proceso evaluativo.

1.8 Indicadores del proceso auditado

En el Aplicativo Sistema Gestión de Calidad Integrado – ALMERA no registra indicador alguno con referencia al objeto de la presente auditoría.

1.9 Estándares de acreditación asociados a la auditoría

Según el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia los estándares de acreditación asociados con la presente auditoría son:

1.9.1. Estándar 144. Código: (GI3)

Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.

1.10 Componentes y elementos del MECI

Es importante recordar que la articulación entre los dos sistemas se establece a partir del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), en el cual el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) se integra como la séptima dimensión. Dentro de esta integración, se destacan objetivos clave de control interno que son indispensables para la realización de auditorías, como en el caso de la auditoría de seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente auditoría control interno. Estos objetivos incluyen:

- Obtener información correcta, segura y oportuna.
- Proteger los recursos de la entidad.
- Procurar eficiencia en las operaciones.
- Prevenir errores, irregularidades o detectar oportunamente los mismos.

La correcta articulación entre el MIPG y el MECI no solo fortalece la capacidad de la entidad para cumplir con sus objetivos, sino que también asegura que las auditorías, sino que también permite a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana cumplir con sus obligaciones normativas y operativas de manera eficiente y segura.

1.11 Encuesta Pre Saberes “Evaluación por dependencias 2024”

Mediante correo electrónico, fechado el 20 de enero del 2025, se compartió la reunión de cierre y se les indico que en el desarrollo de la reunión se llevara a cabo la encuesta titulada “Evaluación por Dependencias 2024. Dicha encuesta fue aplicada durante una reunión remota llevada a cabo el 23 de enero de 2025, de 2:00 p.m. a 2:30 p.m. Se citaron a seis (06) funcionarios del comité directivo. De los cuales cinco (05) diligenciaron la encuesta, lo que resultó en que el 83.3% de los procesos socializados completaran la encuesta.

El responsable del proceso, que representa el 16.6% de los participantes socializados y no respondió a las preguntas de la encuesta, fue el siguiente:

RESPONSABLE DE PROCESO NO PRESENTARON ENCUESTA	
1	YANET GIL ZAPATA-Dirección Financiera

1.11.1 Tabulación de las respuestas

A continuación se relacionan las respuestas entregadas por cada uno de los procesos a las preguntas de selección múltiple con única respuesta:

No.	Pregunta	% de Asertividad en general
1	¿Qué es una evaluación por dependencias?	80%
2	¿Cuál es el objetivo principal de la evaluación por dependencias?	80%
3	¿Con qué frecuencia se realizan estas evaluaciones?	80%
4	¿Qué criterios se utilizan para evaluar las dependencias?	100%
5	¿Qué papel juega la Oficina de Control Interno en este proceso?	60%
6	¿Qué ocurre si una dependencia no cumple con los criterios establecidos?	100%
7	¿Cómo se utilizan los resultados de la evaluación?	100%
8	¿Cómo se garantiza la transparencia en el proceso de evaluación?	60%

Las calificaciones por proceso se distribuyen de la siguiente manera:

Procesos		% Respuestas Correctas
Gustavo Axel Vargas Galindo	Dirección Científica	100%
Leonardo Duarte Díaz	Gestión Integrada de la Calidad	88%
Nubia Del Carmen Guerrero Preciado	Atención al Usuario, familia y Comunidad	88%
Edgar Humberto Rodriguez Benavides	Gestión Jurídica	75%
Carlos Fernando Gonzalez Prada	Dirección Administrativa	63%

1.11.2 Respuestas a preguntas formuladas en la encuesta

Las respuestas correctas de la encuesta mencionada son:

Pregunta 1. ¿Qué es una evaluación por dependencias?

Respuesta correcta: Es un proceso mediante el cual la Oficina de Control Interno evalúa el desempeño de las diferentes áreas o dependencias dentro de una organización. Esta evaluación se realiza en base a objetivos institucionales, metas establecidas y el grado de ejecución de los compromisos.

Pregunta 2. ¿Cuál es el objetivo principal de la evaluación por dependencias?

Respuesta correcta: El objetivo principal es garantizar la efectividad, eficiencia y transparencia en la gestión de las dependencias. Además, busca identificar áreas de mejora y asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Pregunta 3. ¿Con qué frecuencia se realizan estas evaluaciones?

Respuesta correcta: Las evaluaciones por dependencias generalmente se realizan de manera anual. Se evalúa el desempeño del año anterior y los resultados se utilizan para planificar y mejorar la gestión en el año siguiente.

Pregunta 4. ¿Qué criterios se utilizan para evaluar las dependencias?

Respuesta correcta: Los criterios varían según la entidad, pero generalmente incluyen la alineación con los objetivos institucionales, el cumplimiento de metas, la gestión de recursos, la eficacia en la implementación de actividades y la satisfacción de los usuarios.

Pregunta 5. ¿Qué papel juega la Oficina de Control Interno en este proceso?

Respuesta correcta: La Oficina de Control Interno es responsable de diseñar la metodología de evaluación, recolectar datos, analizar resultados, y proporcionar retroalimentación a las dependencias evaluadas. Además, hace seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de la evaluación.

Pregunta 6. ¿Qué ocurre si una dependencia no cumple con los criterios establecidos?

Respuesta correcta: Si una dependencia no cumple con los criterios establecidos, se le deberá presentar un plan de mejoramiento. Este plan incluye acciones correctivas y preventivas para corregir las deficiencias identificadas.

Pregunta 7. ¿Cómo se utilizan los resultados de la evaluación?

Respuesta correcta: Los resultados de la evaluación se utilizan para tomar decisiones informadas sobre la gestión de las dependencias, asignación de recursos, y para identificar oportunidades de capacitación y desarrollo. También sirven como base para los informes institucionales y la planificación estratégica.

Pregunta 8. ¿Cómo se garantiza la transparencia en el proceso de evaluación?

Respuesta correcta: La transparencia se garantiza mediante la publicación de los criterios y



metodologías de evaluación, la participación de las distintas áreas en el proceso, y la comunicación clara de los resultados y planes de mejoramiento.

2. Resultados

Ahora bien, conforme a lo discutido en la reunión de apertura llevada a cabo el 15 de enero de 2025, se implementó la evaluación 360° según lo establecido en el apartado 1.3 de la presente auditoría. Este enfoque busca garantizar un proceso más participativo y transparente. En dicho contexto, se acordó mantener el anonimato y la confidencialidad de los evaluadores de cada proceso. Tras realizar un resumen general de los resultados por proceso, se concluyó lo siguiente con base en su calificación, fortalezas, la sección de expectativas, y además, las sugerencias de mejora:

Evaluación Cualitativa				
Dependencia	Calificación	Fortalezas	Sugerencias de Mejora	Expectativas
Dirección Científica – Gustavo Axel Vargas	5	Puntualidad, Responsable y Eficiente.	Mantener las certificaciones existentes en la institución.	No se evidencio respuesta.
Oficina Asesora Jurídica – Edgar Humberto Rodriguez	5	Equipo de Trabajo.	Ninguna.	Aprender más de las experiencias recibidas.
Hospital Regional de Zipaquirá - Gustavo Axel Vargas	4.8	Es un directivo con gran actitud, organizado y comprometido con la institución, en busca de la mejora continua.	1. Tramitar la salida de pacientes antes de las 12 am con sus especialistas. 2. Mejorar con algunas especialistas la oportunidad de entrega de soportes al área de facturación para el cierre de facturas.	Que exista una coordinación adecuada en las sedes, con el área de facturación para la implementación de la resolución 2275 del 2023 RIPS J-SON, mejorar la coordinación de las tres sedes en lo que respecta a traslados de pacientes y continuar con el acompañamiento al área de costos para identificar los servicios rentables y no rentables.
Oficina Asesora de Planeación y Garantía de Calidad – Leonardo Duarte	4.58 (Se evidenció en los comentarios en el aspecto de	Actitud para enfrentar cambios y compromisos para cumplir actividades	1. Socializar con su equipo de trabajo el conocimiento para evaluar algunas	Continuar con las actividades del punto anterior y que desde el área de

Evaluación Cualitativa

Dependencia	Calificación	Fortalezas	Sugerencias de Mejora	Expectativas
Díaz	comunicación, indicando la necesidad de ser más claro y preciso en esta área)	establecidas en los planes en visitas realizadas a la ESE por los diferentes entes.	actividades a realizar por parte de algunas dependencias, con el fin de no depender al 100% de la presencia del líder, esto permitiría avanzar y minimizar los tiempos. 2. Actualizar en la página web la información concerniente a la ESE en temas a su cargo.	planeación se controle el reporte de los informes a presentar a los diferentes entes de control y vigilancia de forma oportuna.
Dirección Administrativa – Carlos Fernando Gonzalez	4.5	Mantiene comunicación abierta y asertiva ante las problemáticas y necesidades de las áreas y busca alternativas.	Lograr stock mínimos de insumos, medicamentos y demás recursos biomédicos para la atención de pacientes.	Gestión oportuna de los medicamentos e insumos medico quirúrgicos necesarios para la atención de los pacientes y mayor articulación de áreas clave como subdirección de compras y farmacia con las áreas asistenciales con el fin de determinar con mayor oportunidad y asertividad dichos requerimientos.
Dirección Financiera – Yanet Gil Zapata	4.41	El área cuenta con un talento humano competente que aporta al logro de las metas institucionales.	Fortalecer la divulgación de información de interés a las áreas asistenciales con el fin de crear conciencia en la optimización de los recursos en la institución.	Fortalecer las estrategias de rentabilidad operacional por procesos.
Unidad Funcional de Zipaquirá – Ana Carolina Serna	4.08	Mantener con indicadores favorable de calidad y eficiencia, certificadas IAMII y MIDAS.	Delegación de tareas para aprovechar mejor el talento humano y así que le disminuya la carga laboral.	Aporte de conocimientos en pro de nuevos proyectos.
Atención al Usuario- Nubia Guerrero Preciado	3.1 (Se evidenció una baja calificación en el aspecto de	Lidera el programa de humanización de los servicios de salud y el	Manejo de las emociones y trabajo en equipo aplicando la	Aporte de conocimientos de nuevos proyectos.



Evaluación Cualitativa				
Dependencia	Calificación	Fortalezas	Sugerencias de Mejora	Expectativas
	comunicación, lo que resalta la importancia de fomentar una comunicación más asertiva. Además, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la apertura hacia diferentes puntos de vista y la práctica de una escucha activa que permita integrar diversas opiniones de manera constructiva.)	día del paciente samaritano es algo que permite acercar a los directivos con los usuarios.	escucha activa y puntos de vista diferentes para el logro de los objetivos comunes.	

Ahora se detallará la calificación obtenida por cada competencia evaluada en cada proceso:

2.1. Dirección Científica – Gustavo Axel Vargas

Competencias a evaluar	Calificación
Comunicación	5
Trabajo en equipo	5
Resolución de problemas	5
Mejora continua	5
Organización y administración del tiempo	5
Pensamiento estratégico	5
Enfoque a resultados	5

2.2. Oficina Asesora Jurídica – Edgar Humberto Rodriguez

Competencias a evaluar	Calificación
Comunicación	5
Trabajo en equipo	5
Resolución de problemas	5
Mejora continua	5
Organización y administración del tiempo	5
Pensamiento estratégico	5
Enfoque a resultados	5

2.3. Hospital Regional de Zipaquirá - Gustavo Axel Vargas

Competencias a evaluar	Calificación
Comunicación	4.75



Trabajo en equipo	5
Resolución de problemas	4.75
Mejora continua	5
Organización y administración del tiempo	4.75
Pensamiento estratégico	5
Enfoque a resultados	4.5

2.4. Oficina Asesora de Planeación y Garantía de Calidad – Leonardo Duarte Díaz

Competencias a evaluar	Calificación
Comunicación	4.5
Trabajo en equipo	4.75
Resolución de problemas	4.5
Mejora continua	4.5
Organización y administración del tiempo	4.5
Pensamiento estratégico	4.75
Enfoque a resultados	4.5

2.5. Dirección Administrativa – Carlos Fernando Gonzalez

Competencias a evaluar	Calificación
Comunicación	5
Trabajo en equipo	4.5
Resolución de problemas	4
Mejora continua	4.75
Organización y administración del tiempo	4.25
Pensamiento estratégico	4.75
Enfoque a resultados	4

2.6. Dirección Financiera – Yanet Gil Zapata

Competencias a evaluar	Calificación
Comunicación	4.5
Trabajo en equipo	4.5
Resolución de problemas	4.5
Mejora continua	4.25
Organización y administración del tiempo	4.25
Pensamiento estratégico	4.5
Enfoque a resultados	4.25

2.7. Unidad Funcional de Zipaquirá – Ana Carolina Serna

Competencias a evaluar	Calificación
Comunicación	4
Trabajo en equipo	4
Resolución de problemas	4
Mejora continua	4.25

Organización y administración del tiempo	4.5
Pensamiento estratégico	4
Enfoque a resultados	4.25

2.8. Atención al Usuario- Nubia Guerrero Preciado

Competencias a evaluar	Calificación
Comunicación	2.5
Trabajo en equipo	4
Resolución de problemas	2
Mejora continua	2.25
Organización y administración del tiempo	4.5
Pensamiento estratégico	4
Enfoque a resultados	4.25

Evaluación Cuantitativa

Según información suministrada por la Oficina de Planeación POA 2024
Pendiente por aprobar en Junta Directiva

SAMARITANA I SEMESTRE

PROCESO	Peso Porcentual Esperado	Metas de Producto Anual	Metas Cumplidas	Porcentaje de Cumplimiento	Cumplimiento Ponderado
DIRECCIONAMIENTO	20%	27	25	93%	19%
MISIONALES	40%	13	13	100%	40%
DE APOYO	20%	23	20	87%	18%
DE EVALUACIÓN	20%	1	1	100%	20%
					97%

SAMARITANA II SEMESTRE

PROCESO	Peso Porcentual Esperado	Metas de Producto Anual	Metas Cumplidas	Porcentaje de Cumplimiento	Cumplimiento Ponderado
DIRECCIONAMIENTO	15%	3	3	100%	15%
MISIONALES	60%	8	8	100%	60%
DE APOYO	15%	15	13	87%	13%
DE EVALUACIÓN	10%	3	3	100%	10%
					98%

REGIONAL I SEMESTRE

PROCESO	Peso Porcentual Esperado	Metas de Producto Anual	Metas Cumplidas	Porcentaje de Cumplimiento	Cumplimiento Ponderado
DIRECCIONAMIENTO	20%	14	14	100%	20%
MISIONALES	40%	11	11	100%	40%
DE APOYO	20%	5	5	100%	20%
DE EVALUACIÓN	20%	1	1	100%	20%
					100%

REGIONAL II SEMESTRE

PROCESO	Peso Porcentual Esperado	Metas de Producto Anual	Metas Cumplidas	Porcentaje de Cumplimiento	Cumplimiento Ponderado
DIRECCIONAMIENTO	15%	5	5	100%	15%
MISIONALES	60%	4	4	100%	60%
DE APOYO	15%	6	5	83%	12,5%
DE EVALUACIÓN	10%	3	3	100%	10%
					98%

UNIDAD FUNCIONAL I SEMESTRE

PROCESO	Peso Porcentual Esperado	Metas de Producto Anual	Metas Cumplidas	Porcentaje de Cumplimiento	Cumplimiento Ponderado
DIRECCIONAMIENTO	20%	13	13	100%	20%
MISIONALES	60%	31	25	81%	48%
DE APOYO	10%	4	4	100%	10%
DE EVALUACIÓN	10%	3	3	100%	10%
					88%

UNIDAD FUNCIONAL II SEMESTRE

PROCESO	Peso Porcentual Esperado	Metas de Producto Anual	Metas Cumplidas	Porcentaje de Cumplimiento	Cumplimiento Ponderado
DIRECCIONAMIENTO	15%	5	5	100%	15%
MISIONALES	60%	28	16	57%	47,9%
DE APOYO	15%	5	3	60%	11%
DE EVALUACIÓN	10%	5	5	100%	10%
					84%

En virtud de lo expuesto, se sugiere que cada proceso realice una revisión exhaustiva de sus sugerencias de mejora y expectativas, con el fin de que, durante la vigencia de 2025, puedan ser consideradas en el desarrollo y optimización de su gestión.

De manera específica, se recomienda a:

La Dirección de Atención al Usuario fortalecer las habilidades de comunicación asertiva y promover la práctica de escucha activa, con el fin de aceptar y valorar las opiniones y perspectivas diferentes

La Oficina de Planeación, mejorar la claridad en la comunicación de la información, ya que según su evaluador en ocasiones no se comprende adecuadamente lo que se requiere; en segundo lugar, se sugiere optimizar los plazos de entrega, ya que según su evaluador en algunas situaciones se ha presentado demora en la entrega de información.

Ahora bien, también es importante recordar que las fortalezas mencionadas deben ser aprovechadas para fortalecer las expectativas y otros aspectos relacionados con el desempeño. Las competencias y capacidades identificadas deben orientarse de manera estratégica para optimizar los procesos y garantizar una gestión más eficiente y alineada con los objetivos establecidos para el periodo 2025.

3. Evaluación de Respuestas Entregadas del PRE-INFORME

Se realizó el cierre de la Auditoría Evaluación Gestión Por Dependencias 2024, mediante correo electrónico y oficio, fechado el 20 de enero de 2025. En este comunicado se compartió la información del cierre y la invitación a la reunión remota, programada para el 23 de enero de 2025, con el siguiente enlace: meet.google.com/bdh-rprd-cvu. Además, se solicitó a los responsables del proceso que enviaran comentarios y/o entregaran soportes, conforme al pre-informe de la auditoría antes del 22 de enero, para ser evaluados y discutidos durante la reunión de cierre.

Finalmente, a las 2:30 P.m. del 23 de enero de 2025, se dio por terminada la reunión de cierre de la presente Auditoría.

4. Recomendaciones

4.1 Recomendaciones Vigencia 2025

No.	Descripción de la recomendación
1	<p>Condición: El Decreto 612 de 2018 regula la preparación, presentación y publicación de informes de gestión, estableciendo que el seguimiento a los acuerdos de gestión debe realizarse oportunamente y estar acompañado de un informe de gestión del año anterior, asegurando que esta información esté disponible antes del 31 de enero. Sin embargo, no se ha contado con esta información de manera oportuna, afectando la planeación de las actividades, la evaluación por dependencias y la calificación de los funcionarios de carrera administrativa. Por lo tanto, se recomienda publicar la calificación de los acuerdos de gestión de la vigencia 2024 antes del 31 de enero de 2025.</p> <p>Criterio: Decreto 612 de 2018</p> <p>Causa: Retrasos en el seguimiento y preparación de los acuerdos de gestión y falta de priorización en la publicación de los informes de gestión dentro de los plazos establecidos.</p> <p>Efecto: Impacta negativamente la planeación de las actividades institucionales, dificulta la evaluación del desempeño de los procesos y funcionarios, y puede generar demoras en la ejecución de las metas de la vigencia.</p>
2	<p>Condición: Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, "Por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2024-2028 y el Plan Operativo Anual Armonizado de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA", se establece en su Artículo Primero la aprobación de nueve (9) objetivos estratégicos. Por lo anterior se recomienda, incluir los indicadores de los nuevos objetivos estratégicos en el sistema de información Almera, actualizar las caracterizaciones de los procesos de la entidad y demás documentos relacionados con los nuevos objetivos estratégicos esto con el fin de garantizar el correcto funcionamiento del MECI y MIPG en los componentes y dimensiones relacionados.</p> <p>Criterio: Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana</p> <p>Causa: Falta de integración de los indicadores de los nuevos objetivos estratégicos en el sistema de gestión de calidad ALMERA y ausencia de actualización de las caracterizaciones de los procesos y documentos relacionados con dichos objetivos estratégicos.</p> <p>Efecto: La falta de medición y seguimiento de los objetivos estratégicos limita la capacidad de la entidad para realizar una evaluación integral por dependencias, afecta la toma de decisiones basadas en datos y obstaculiza el cumplimiento de los componentes de los sistemas MECI y MIPG, comprometiendo la gestión estratégica y operativa de la institución.</p>
3	<p>Condición: Aunque en la revisión de las matrices vigentes no se identificaron riesgos que pudieran afectar la evaluación por dependencias, se recomienda incorporar un riesgo relacionado con la falta de disponibilidad oportuna de la información necesaria para llevar a cabo la evaluación. En particular, esto incluiría retrasos en la entrega de resultados previos, como los acuerdos de gestión y el POA, los cuales son fundamentales para asegurar la calidad y objetividad del proceso evaluativo.</p> <p>Criterio: Decreto 1499 de 2017</p> <p>Causa: Evaluación incompleta de los procesos relacionados con los riesgos asociados a la falta de puntualidad y calidad en la entrega de la información, lo que ha llevado a la omisión de este riesgo</p>

	<p>en la matriz correspondiente.</p> <p>Efecto: La falta de incorporación de este riesgo en la matriz puede llevar a retrasos en el proceso evaluativo debido a la no disponibilidad oportuna de la información, lo que afectaría la calidad y objetividad de la evaluación por dependencias. Esto podría generar decisiones basadas en datos incompletos o desactualizados, comprometiendo la eficiencia y efectividad del proceso evaluativo.</p>
4	<p>Condición: En la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no se cuenta con políticas específicas asociadas a la Evaluación de Gestión por Dependencias. Sin embargo, se identifica que la Política de Seguimiento y Evaluación de Desempeño, contemplada en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) dentro de la Dimensión de "Evaluación de Resultados", puede alinearse plenamente con este proceso, proporcionando un marco que permita monitorear y medir el cumplimiento de metas institucionales por áreas o dependencias.</p> <p>Criterio: Dimensión de "Evaluación de Resultados" del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), específicamente la Política de Seguimiento y Evaluación de Desempeño, que promueve la medición y evaluación continua del desempeño institucional y de las dependencias.</p> <p>Causa: Falta de integración formal y explícita de la Política de Seguimiento y Evaluación de Desempeño en los procesos de evaluación por dependencias, lo que dificulta un monitoreo continuo y objetivo del desempeño de las áreas.</p> <p>Efecto: La ausencia de políticas específicas y la falta de integración de la Política de Seguimiento y Evaluación de Desempeño en el proceso de evaluación por dependencias pueden resultar en un monitoreo limitado de los avances en la gestión, afectando la toma de decisiones fundamentadas, el uso eficiente de los recursos, y la generación de impactos positivos en los grupos de valor de la institución.</p>
5	<p>Condición: En virtud de lo expuesto, y conforme a lo señalado en el apartado 2 de la presente auditoría, se recomienda que cada proceso realice una revisión detallada de sus sugerencias de mejora y expectativas. El objetivo es garantizar que, durante la vigencia de 2025, estas sean consideradas de manera efectiva para impulsar el desarrollo y la optimización de la gestión institucional.</p> <p>Criterio: Artículo No. 39 de la ley 909 de 2004, la circular 04 de 2005 del Consejo Asesor en materia de Control Interno al acuerdo No. CNSC-2018000006176 del 10-10-18 de la CNSC</p> <p>Causa: Falta de una sistematización formal en la evaluación de las sugerencias de mejora y expectativas, lo que podría generar una desconexión entre las acciones de mejora propuestas y su integración efectiva en la gestión operativa.</p> <p>Efecto: La no incorporación de las sugerencias de mejora podría afectar la efectividad de la gestión y el desarrollo institucional en 2025, limitando el alcance de las optimizaciones necesarias para mejorar la eficiencia operativa y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.</p>
6	<p>Condición: Se encontró que en el área de Atención al Usuario existen falencias en la comunicación, lo que se traduce en una falta de apertura para aceptar y valorar puntos de vista y perspectivas diferentes. Esto afecta la colaboración efectiva y el desempeño del equipo.</p> <p>Criterio: Artículo No. 39 de la ley 909 de 2004, la circular 04 de 2005 del Consejo Asesor en materia de Control Interno al acuerdo No. CNSC-2018000006176 del 10-10-18 de la CNSC</p> <p>Causa: La falta de formación continua y el desconocimiento de técnicas de comunicación efectiva y escucha activa.</p> <p>Efecto: Una comunicación deficiente puede generar malentendidos, conflictos, y reducción en la productividad del equipo.</p>

- 7 **Condición:** Se encontró que en relación con la Oficina de Planeación, la comunicación de la información no siempre es clara, lo que genera dificultades en la comprensión de lo requerido. Además, se ha identificado que los plazos de entrega no siempre se cumplen de manera oportuna, lo que retrasa el proceso en algunas situaciones.
Criterio: Artículo No. 39 de la ley 909 de 2004, la circular 04 de 2005 del Consejo Asesor en materia de Control Interno al acuerdo No. CNSC-2018000006176 del 10-10-18 de la CNSC
Causa: La falta de definición precisa en los requisitos de la información y la insuficiente planificación para la entrega de los plazos establecidos.
Efecto: La falta de claridad en la comunicación y los retrasos en la entrega de información generan demoras en los procesos y afectan la eficiencia operativa, lo que podría impactar negativamente en la toma de decisiones y la ejecución de las actividades dentro de la entidad.

4.2 Recomendaciones Vigencias anteriores

No.	Descripción de la recomendación
1	<p>Condición: El sistema de información ALMERA debe proporcionar la medición a través de todos los indicadores de los procesos de la Misión, Visión y Objetivos Estratégicos de la entidad, los cuales se deben revisar como mínimo dos veces al año, para que de esta manera tomar decisiones de nivel estratégico.</p> <p>Criterio: Circular 004 de 2005 del Consejo Asesor en Materia de Control Interno.</p> <p>Causa: Falta de implementación de un procedimiento estandarizado para la revisión periódica de los indicadores estratégicos en ALMERA.</p> <p>Efecto: Dificultad para identificar desviaciones o incumplimientos en los objetivos estratégicos de la entidad, lo que puede afectar la toma de decisiones en los niveles directivos.</p>
2	<p>Condición: En el Sistema de Información ALMERA debe constar el seguimiento del POA Y Plan Indicativo, cuya medición debe informar sobre el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos de la entidad, esta información debe estar lista para ser consultada por lo menos semestralmente con el fin de tomar decisiones de nivel estratégico.</p> <p>Criterio: Circular 004 de 2005 del Consejo Asesor en Materia de Control Interno.</p> <p>Causa: Falta de un sistema automatizado que integre la información del POA y el Plan Indicativo de forma consolidada y accesible. Escasa coordinación entre los responsables de los planes y la administración del sistema ALMERA para garantizar que los datos estén actualizados y disponibles.</p> <p>Efecto: Limitaciones para realizar un seguimiento efectivo del progreso hacia los objetivos estratégicos, lo que afecta la capacidad de reacción ante desviaciones.</p>
3	<p>Condición: Es necesario que los responsables de los distintos procesos que deben cargar la información de SIA OBSERVA Y SIA CONTRALORIA, se capaciten permanente me, se observa que se dejó para último minuto la rendición de la cuenta anual de la vigencia 2023, por cuanto los responsables no tenían claro el cargue.</p> <p>Criterio: Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), Artículo 73, que establece la obligación de las entidades públicas de rendir cuentas de manera clara, completa y oportuna, promoviendo la transparencia en la gestión pública.</p> <p>Causa: Falta de capacitación adecuada y continúa sobre el manejo de las plataformas SIA OBSERVA y SIA CONTRALORÍA.</p> <p>Efecto: Retrasos en la rendición de cuentas, afectando el cumplimiento de las obligaciones legales de la entidad, riesgo de observaciones o sanciones por parte de los organismos de control debido a inconsistencias o tardanzas en el reporte de información.</p>



No.	Descripción de la recomendación
4	<p>Condición: Se requiere urgente la reducción de gastos de la entidad para lo cual se recomienda tener en cuenta las auditorías Independientes realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno de Austeridad del Gastos las cuales no han sido atendidas.</p> <p>Criterio: Directiva Presidencial 02 de 2023. Decreto 199 de 2024.</p> <p>Causa: Falta de atención o seguimiento oportuno a las auditorías realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno.</p> <p>Efecto: Uso ineficiente de los recursos, lo que genera un gasto innecesario que puede afectar la estabilidad financiera de la entidad.</p>
5	<p>Condición: Es necesario fortalecer la supervisión de los contratos de Prestación de Servicios de Salud debido a que se han presentado sobre-ejecución de los mismos, de igual manera es necesario fortalecer la supervisión de los contratos con las Empresas Temporales, debido a que se están presentando situaciones similares con la actual Empres Temporal, como lo ocurrido con la Empresa Temporal "Coltempora".</p> <p>Criterio: Ley 80 de 1993</p> <p>Causa: Falta de seguimiento adecuado y control exhaustivo en la ejecución de los contratos de prestación de servicios de salud y contratos con empresas temporales, lo que ha llevado a la sobre-ejecución de los mismos.</p> <p>Efecto: Aumento innecesario de los gastos debido a la sobre-ejecución de los contratos, lo que podría comprometer el presupuesto asignado para otros servicios esenciales.</p>
6	<p>Condición: Es necesario fortalecer la supervisión de los contratos de Prestación de Servicios de Salud debido a que se han presentado sobre-ejecución de los mismos, de igual manera es necesario fortalecer la supervisión de los contratos con las Empresas Temporales, debido a que se están presentando situaciones similares con la actual Empres Temporal, como lo ocurrido con la Empresa Temporal "Coltempora".</p> <p>Criterio: Ley 80 de 1993</p> <p>Causa: Falta de seguimiento adecuado y control exhaustivo en la ejecución de los contratos de prestación de servicios de salud y contratos con empresas temporales, lo que ha llevado a la sobre-ejecución de los mismos.</p> <p>Efecto: Aumento innecesario de los gastos debido a la sobre-ejecución de los contratos, lo que podría comprometer el presupuesto asignado para otros servicios esenciales.</p>
7	<p>Condición: Se recomienda contratar el personal de auditoría concurrente por la Empresa Temporal, con el fin de poder exigir resultados, lo anterior debido a que no son palpables los resultados en la disminución de glosa, y/o en la aplicación de las glosas aceptadas por el Hospital y que se deben descontar a los contratistas.</p> <p>Criterio: Ley 80 de 1993</p> <p>Causa: Falta de resultados tangibles en la disminución de glosas y en la aplicación efectiva de las glosas aceptadas, debido a una supervisión deficiente y la falta de un control adecuado por parte del personal encargado de la auditoría.</p> <p>Efecto: Persistencia en el aumento de glosas no resueltas, afectando negativamente las finanzas del hospital, lo que podría comprometer el presupuesto destinado a la atención y operación de la entidad.</p>

No.	Descripción de la recomendación
8	<p>Condición: Dar seguimiento al suministro oportuno de medicamentos y materiales medico quirúrgicos, para lo cual se necesita fortalecer el control de inventario por parte de farmacia.</p> <p>Criterio: Decreto 1499 de 2017</p> <p>Causa: Falta de un control eficiente y actualizado del inventario por parte del área de farmacia, lo que impide un manejo adecuado de los medicamentos y materiales médicos.</p> <p>Efecto: Afectación directa en la calidad del servicio prestado a los pacientes, debido a la falta de disponibilidad de medicamentos y materiales médicos en el momento necesario.</p>
9	<p>Condición: Gestionar el apalancamiento financiero por parte de la Gobernación para evitar riesgo financiero</p> <p>Criterio: Ley 1474 de 2011</p> <p>Causa: Carencia de acuerdos previos o convenios con la Gobernación o entidades financieras que aseguren el flujo de recursos necesarios en tiempos de déficit o imprevistos.</p> <p>Efecto: Riesgo elevado de ejecución presupuestal deficiente, donde no se logran cubrir las necesidades básicas de la entidad debido a la escasez de recursos.</p>
10	<p>Condición: Vigilar el equilibrio financiero de las Sedes HRZ Y UFZ ubicadas en el municipio de Zipaquirá, para lo cual se requieren actividades claras y medibles de Austeridad del gasto y monitoreo de la rentabilidad de los servicios</p> <p>Criterio: Directiva Presidencial 02 de 2023. Decreto 199 de 2024.</p> <p>Causa: Falta de un plan integral de austeridad del gasto que involucre la optimización de recursos en todas las áreas operativas de las sedes.</p> <p>Efecto: Desajustes financieros que pueden llevar a un déficit en la operación de las sedes, afectando su capacidad para mantener los servicios y cumplir con sus obligaciones.</p>
11	<p>Condición: Es necesario realizar un seguimiento constante a los resultados de la Auditoría Concurrente y socializarlos en el Comité de Sostenibilidad Contable, destacando el impacto de las auditorías realizadas y las mejoras conseguidas en la gestión, para asegurar que las acciones correctivas sean implementadas de manera efectiva y sostenibles en el tiempo.</p> <p>Criterio: Ley 1474 de 2011.</p> <p>Causa: La falta de seguimiento adecuado a las recomendaciones de las auditorías concurrentes puede limitar el impacto de las mejoras sugeridas.</p> <p>Efecto: La ausencia de un seguimiento adecuado puede resultar en la no implementación de mejoras clave, lo que podría mantener o aumentar las ineficiencias en los procesos y la gestión de los recursos.</p>
12	<p>Condición: Socializar en Comité Directivo los avances del sistema de costos. Actualizar las tarifas de los servicios de salud para ser competitivos.</p> <p>Criterio: Decreto 1281 de 2002</p> <p>Causa: Falta de comunicación y seguimiento oportuno de los avances en el sistema de costos por parte de los responsables.</p> <p>Efecto: Retraso de la implementación de mejoras en el sistema de costos además La falta de actualización en las tarifas puede llevar a una disminución de la competitividad de la institución, afectando negativamente la captación de nuevos pacientes y la rentabilidad de los servicios.</p>

No.	Descripción de la recomendación
13	<p>Condición: Gestión del Cobro de Cartera, se recomienda en general la radicación de los derechos de petición ante las entidades con la cartera más representativa.</p> <p>Criterio: Ley 1437 de 2011</p> <p>Causa: Falta de formalización en el proceso de radicación de derechos de petición, lo que genera demoras en la gestión de cobro.</p> <p>Efecto: Posible incremento de la deuda incobrable, afectando la sostenibilidad financiera de la institución.</p>
14	<p>Condición: Supervisión de los contratos de prestación de servicios especializados de salud, fortalecer el monitoreo de todas las obligaciones de los contratos, rondas por los servicios por parte de los supervisores</p> <p>Criterio: Ley 80 de 1993</p> <p>Causa: Supervisión insuficiente o inadecuada de los contratos de prestación de servicios, lo que genera incumplimientos de las obligaciones contractuales.</p> <p>Efecto: Incumplimiento de los términos del contrato, afectando la calidad del servicio y la relación con los proveedores. Pérdida de recursos y posibles sanciones por parte de los entes de control debido a la falta de cumplimiento de las obligaciones contractuales.</p>

SOLICITUD: Las recomendaciones registradas anteriormente en este informe de Auditoría, que se requieren Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmadas conforme se enuncian, no deben ser modificadas de manera total ni parcialmente.

El Código Único Disciplinario, Ley 737 de 2002 el cual se encuentra vigente a la fecha del presente informe de auditoría, Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario, Ley 2094 de 2021 – “Por medio de la cual se reforme la Ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones”, establece que se debe dar aplicabilidad a lo que se registra en las solicitudes realizadas y a las cuales se les debe dar respuesta por cada uno de los Responsables de Proceso y cuyo texto es el siguiente: “No dar respuesta a los requerimientos que se realicen constituye una falta disciplinaria”.

El presente informe de auditoría es de carácter institucional, la verificación fue realizada con base a la información mínima publicada en el sitio WEB, Sistema de Gestión Integral “ALMERA” de propiedad de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, si bien es cierto que la información es plasmada y de responsabilidad de cada uno de los servidores públicos responsables de procesos, estas NO son de carácter individual ni personal, por lo tanto las conclusiones y recomendaciones aquí registrados, como los Planes Únicos de Mejoramiento por Procesos a que dé lugar, son netamente de carácter institucional.



YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE



05CIN01-V2

05GIC92-V1

Daniela Rugeles

YINETH DANIELA RUGELES BASTOS

Técnico II Apoyo

Oficina Asesora de Control Interno

Bogotá, D.C. Enero 30 de 2025